

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

Teele Mängli

**KEHAGA RAHULOLEMATUSE RISKIFAKTORID NING SEOS SÖÖMISHÄIRE  
SÜMPTOMAATIKAGA: LONGITUUDUURING**

Magistritöö

Juhendaja: Kirsti Akkermann, PhD

Läbiv pealkiri: Kehaga rahulolematuse riskitegurid

Tartu 2019

## KOKKUVÕTE

### **Kehaga rahulolematuse riskifaktorid ning seos söömishäire sümptomaatikaga: longituuduuring**

Kehaga rahulolematuse on noorte naiste hulgas tõsine probleem ning see on üheks olulisemaks häirunud söömiskäitumise ennustajaks. Varasemates töödes on keskendutud eelkõige söömishäirete riskifaktorite uurimisele ning kehaga rahulolematuse on jäänud tagaplaanile. Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli läbilõikeliselt ja longitudinaalselt uurida, missugused riskifaktorid panustavad kehaga rahulolematusesse ning kuidas enesehinnang ja kõhnuseihalus kehaga rahulolematuse ja buliimilise sümptomaatika vahelist seost mõjutavad. Uuringus kasutati Eesti Laste Isiksuse, Käitumise ja Tervise Uuringu (ELIKTU) noorema kohordi andmeid, mis koguti aastatel 2004, 2007 ja 2014, mil uuritavad olid vastavalt 15-, 18- ja 25-aastased.

Parim läbilõikeline mudel ennustamaks kehaga rahulolematust 15-aastaselt hõlmas kehamassi indeksit (KMI), kõhnuseihalust, mittetõhusust, perfektsionismi ning alavääristamist ja vägivalda perekonnas. Kehaga rahulolematuse oli kõrgeim 18. eluaastal ning seda ennustasid prospektiivselt 15-aastaselt mõõdetud kehaga rahulolematuse ja eneseraporteeritud füüsiline vägivald. Kehaga rahulolematust 25-aastaselt ennustasid prospektiivselt kehaga rahulolematuse, KMI, seisundiärevus ja toidukordade vähendamine 18-aastaselt. Nii enesehinnang kui ka kõhnuseihalus omavad modereerivat mõju kehaga rahulolematuse ja buliimilise sümptomaatika vahelisele seosele 18. eluaastal. Kõrge enesehinnang võib olla võimalik kaitsefaktor häirunud söömiskäitumise eest, kuid kõhnuseihalus võib naised häirunud söömiskäitumise suhtes haavatavamaks muuta.

Käesoleva töö tulemustest selgub, et kehaga rahulolematusesse panustavad mitmed erinevad riskifaktorid ning ennetus- ja ravitöös tuleks kehaga rahulolematusele läheneda mitmekülgsest, võttes arvesse ka võimalikke modereerivaid ja vahendavaid mõjusid.

*Märksõnad: kehaga rahulolematuse, riskifaktorid, longituuduuring*

## ABSTRACT

### **Risk factors of body dissatisfaction and the relationship with eating disorder symptomatology: longitudinal study**

Body dissatisfaction is a serious problem among young women and it is one of the most important predictors of disordered eating behaviour. Earlier studies have focused primarily on risk factors of eating disorders and body dissatisfaction is left behind. The aim of this Master's thesis was to study cross-sectionally and longitudinally which risk factors contribute to body dissatisfaction and how self-esteem and drive for thinness affect the relationship between body dissatisfaction and bulimic symptomatology. The study used data from a younger cohort of the Estonian Children Personality, Behaviour and Health Study (ECPBHS). Data was collected in 2004, 2007 and 2014 when subjects were respectively 15, 18 and 25 years old.

The best cross-sectional model predicting body dissatisfaction at the age of 15 included body mass index (BMI), drive for thinness, ineffectiveness, perfectionism and humiliation and violence in the family. Body dissatisfaction was the highest at the age of 18 and it was prospectively predicted by a model including body dissatisfaction and self-reported physical violence at the age of 15. Body dissatisfaction at the age of 25 was prospectively predicted by a model including body dissatisfaction, BMI, state-anxiety and reduction of meals at the age of 18. Both self-esteem and drive for thinness have a moderating effect on the relationship between body dissatisfaction and bulimic symptomatology at the age of 18. High self-esteem may be a potential protecting factor, but women with high drive for thinness may be more vulnerable to disordered eating behaviour.

The results of this study claim that a number of risk factors contribute to body dissatisfaction and in prevention and treatment planning it is important to approach to body dissatisfaction in a diverse way, taking into account possible moderating and mediating effects.

*Keywords: body dissatisfaction, risk factors, longitudinal study*

## SISUKORD

1.	SISSEJUHATUS .....	5
1.1.	Söömishäired .....	5
1.2.	Kehaga rahulolematus .....	6
1.3.	Kehaga rahulolematust ennustavad riskifaktorid .....	7
1.3.1.	Kehamassi indeks .....	7
1.3.2.	Hinnang kehakaalule .....	7
1.3.3.	Kehakaalu reguleerimine .....	8
1.3.4.	Söömishäire sümptomaatika .....	8
1.3.5.	Enesehinnang .....	8
1.3.6.	Depressiivsus .....	9
1.3.7.	Ärevus .....	9
1.3.8.	Vägivald .....	10
1.4.	Eesmärk .....	10
2.	MEETOD .....	11
2.1.	Valim .....	11
2.2.	Mõõtmisvahendid .....	11
2.3.	Andmeanalüüs .....	12
3.	TULEMUSED .....	13
3.1.	Kehaga rahulolematus läbi kolme vanuse .....	13
3.2.	Kehaga rahulolematust ennustavad faktorid .....	13
3.3.	Kehaga rahulolematuse seos buliimilise sümptomaatikaga .....	17
4.	ARUTELU .....	20
	KASUTATUD KIRJANDUS .....	25

## 1. SISSEJUHATUS

### 1.1. Söömishäired

Söömishäireid iseloomustab püsiv häirumine söömisel ja söömisega seotud käitumises, mille tulemusel muutub toidu tarbimine või imendumine ning mis kahjustab märkimisväärselt füüsilist või psühhosotsiaalset funktsioneerimist (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013). Söömishäiretele on omane söömise piiramine, ülesöömishood ja tahtlik toidu väljutamine, üldjuhul eesmärgiga kaalu kaotada. Söömishäired võivad olla raskesti tervist kahjustavad ning mõningatel juhtudel viia isegi surmani. Kuigi söömishäired on üldpopulatsioonis üsna harva esinevad, on nende levimus suur eelkõige naiste hulgas (Keel, Heatherton, Baxter, & Joiner, 2007). Umbes 1-6% noortest naistest kannatab mõne söömishäire (*anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, liigsöömishäire) all (Hoek & van Hoeken, 2003; Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Glazer, Sonnevile, Micali, Swanson, Crosby, Horton, Eddy, & Field, 2019), millele lisanduvad alalävised juhtumid.

Riskantne periood söömishäirete väljakujunemiseks on eelkõige teismega. Longitudinaalselt on näidatud, et teismeeas vältel tõuseb oluliselt söömishäirete erinevat tüüpi sümptomaatika (Slane, Klump, McGue & Iacono, 2014). Söömishäiretega seotud probleemid on teismeliste hulgas levinud – 12% teismelistest on kogenud mõnda söömishäire vormi (Stice, Marti, Shaw, & Jaconis, 2009) ning kui söömishäirete esinemine kokku liita alaläviste juhtumitega on üks viiest ehk ligi 20% noortest naistest teismeeas kogenud söömishäiretega seotud probleeme (Isomaa, Isomaa, Marttunen, Kaltiala-Heino, & Björkqvist, 2009). Häirunud söömiskäitumine jätkub paljudel juhtudel ka täiskasvanueas – nt. buliimiat ja liigsöömishäire levimus on kõrgeim 19-22 aasta vanuses (Glazer jt., 2019). Kuigi naised on täiskasvanueas oma kehaga rahulolevamad, on kehaga rahulolematuse suhteliselt kõrge ning ka täiskasvanueas soovetakse kaalu kaotada (Heatherton, Mahamedi, Striepe, Field, & Keel, 1997).

Viimastel kümnenditel on läbi viidud mitmeid uurimusi, et välja selgitada söömishäirete sümptomaatika algust ja kulgu mõjutavaid riski- ja alalhoidvaid faktoreid (Stice, Gau, Rohde, & Shaw, 2017; Goldschmidt, Wall, Loth, Bucchianeri, & Neumark-Sztainer, 2014; Dakanalis, Clerici, Bartoli, Caslini, Crocamo, Riva, & Carra, 2017; Stice, Marti, & Durant, 2011). Seoseid on leitud depressiivsuse, kehaga rahulolematuse, kõhnuseihaluse ja dieedi pidamisega (Stice jt., 2017), ärevuse (Drieberg, McEvoy, Hoiles,

Shu, & Egan, 2019) ja emotsioonide reguleerimise raskustega (Keating, Mills, & Rawana, 2019) ning perfektsionismi ja enesehinnanguga (Hilbert, Pike, Goldschmidt, Wilfley, Fairburn, Dohm, Walsh, & Weissman, 2014). Söömishäirete sümptomaatika teket ennustavad ka naissugu (Allen, Byrne, Oddy, Schmidt, & Crosby, 2014), ülesöömine ja dieedi pidamine (Stice jt., 2017). Arvestades seda, et kõigil inimestel kehaga rahulolematust ja häirunud söömiskäitumist välja ei kujune, võib eeldada, et probleemi kujunemisse panustavad erinevate riskitegurite koosmõjud.

Häirunud söömiskäitumine, kehaga rahulolematust ja hõivatus toidust tekivad ja süvenevad eelkõige teismeeas (Slane jt., 2014) ning arvestades söömishäirete ravimise keerukust, on oluline uurida, missugused riskifaktorid söömishäirete väljakujunemisse panustavad. Ennetusstrateegiad võivad olla efektiivsemad kui keskendutakse kindlaks tehtud söömishäirete väljakujunemisse panustavatele teguritele; samas on sekkumisstrateegiate valik limiteeritud, sest teadmised riskifaktoritest ning nende mõjudest ei ole veel üheselt selged (Stice & Shaw, 2004).

## **1.2. Kehaga rahulolematust**

Kehaga rahulolematust väljendub negatiivses hinnangus teatud kehaosadele või kehale tervikuna (Ferreiro, Seoane, & Senra, 2012). Paljud teismelised tüdrukud ja noored naised ei ole oma kehakuju- ja kaaluga rahul, mis võib viia häirunud söömiskäitumise või ebatervete hoiakuteni seoses toidu ja söömisega. Ülemäärane hõivatus ja muretsimine kehakaalu, -kuju ja söömise pärast on söömishäiretele omased tunnused. Kehaga rahulolematust on üks kõige olulisematest häirunud söömiskäitumise ennustajatest (Stice jt., 2011). Kehaga rahulolematust ennustab dieedi pidamist, ebatervislike (paastumine, väga väikeste toidukoguste söömine, toiduasendajate kasutamine) ja väga ebatervislike (dieedipillide kasutamine, tahtlik toidu väljutamine, lahtistite ja diureetikumide kasutamine) kaalulangetamise viiside kasutamist ning väiksemat füüsilist aktiivsust (Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines, & Story, 2006). Longitudinaalselt on leitud, et kehaga rahulolematust on võrreldes teiste prediktoritega kõige püsivam risk söömishäire tekkeks (Rohde, Stice, & Marti, 2015), mistõttu on oluline uurida, missugused tegurid kehaga rahulolematuse tekkesse ja püsimisse panustavad.

Erinevatel valimitel on leitud, et oma kehaga ei ole rahul 13.4-31.8% täiskasvanud naistest (Fallon, Harris, & Johnson, 2014), kuid häirunud söömiskäitumist nii suurel osal naistest ei esine (Solmi, Hatch, Hotopf, Treasure, & Micali, 2014). Sellest võib järeldada, et

tõenäoliselt viib kehaga rahulolematuse häirunud söömiskäitumiseni läbi kolmandate muutujate. Kuna rahulolu füüsilise välimusega on suur osa enesehinnangust, võib kehaga rahulolematuse soodustada madalat enesehinnangut ning viia seeläbi häirunud söömiskäitumiseni. On leitud, et kehaga rahulolematuse mõju häirunud söömiskäitumisele vahendavad täielikult depressiivsus ja enesehinnang (Brechan & Kvalem, 2015). Lisaks häirunud söömiskäitumisele on kehaga rahulolematuse ka depressiooni sümptomaatika riskifaktoriks (Ferreiro, Seoane, & Senra, 2011). Sellest tulenevalt võib eeldada, et depressiivsus võib kehaga rahulolematust ja madalat enesehinnangut ning nende vastastikust mõju häirunud söömiskäitumisele võimendada. Tulemusi on ka enesehinnangu modereeriva mõju kohta. Varasemalt on leitud, et kehaga rahulolematuse ja söömishäire sümptomaatika seost modereerib enesehinnang – kõrge enesehinnang töötab kaitsefaktorina ehk vähendab seost kehaga rahulolematuse ja buliimilise sümptomaatika vahel (Brannan & Petrie, 2011), mis tähendab, et haavatavamad on madalama enesehinnanguga naised. Seoseid on leitud ka kõhnuseihalusega (Evans, Tovée, Boothroyd, & Drewett, 2012; Prost-Lehmann, Shankland, Franca, Laurent, & Flaudias, 2018), mis viitab asjaolule, et häirunud söömiskäitumise kujuneb välja mitmete tegurite koosmõjul.

### **1.3. Kehaga rahulolematust ennustavad riskifaktorid**

#### *1.3.1. Kehamassi indeks*

Suurem kehakaal on seotud kehaga rahulolematuse ja häirunud söömiskäitumisega (Buckingham-Howes, Armstrong, Pejsa-Reitz, Wang, Witherspoon, Hager, & Black, 2018). Kõrgem kehamassi indeks (KMI) ennustab suuremat kehaga rahulolematust (Wojtowicz, & von Ranson, 2012) ning seda seost vahendab kõrgem kõhnuseihalus (Evans jt., 2012). Seega, kõrgema kehamassi indeksiga naised, kellel on suurem soov olla kõhnem, on oma kehaga vähem rahul. Kõrgem KMI ja kehaga rahulolematuse ennustavad nii söömise piiramist (Landstedt, Hammarström, Fairweather-Schmidt, & Wade, 2018) kui ka ülesöömist ja oksendamist (Lantz, Gillberg, Råstam, Wentz, & Lowe, 2017). Seega on kõrgem KMI kehaga rahulolematuse ja häirunud söömiskäitumise riskifaktoriks.

#### *1.3.2. Hinnang kehakaalule*

Kehaga rahulolematust käsitlevates uuringutes kasutatud kaalupõhist enesehindamist (*Weight-Based Self-Evaluation*) ning on leitud, et see vahendab seost enesehinnangu ja kehaga rahulolematuse vahel (Trottier, McFarlane, & Olmsted, 2013). On ka leitud, et kõrgema KMI-ga inividid hindavad end rohkem kehakaalu põhiselt ning see viib erinevate

kehakaalu reguleerimise meetodite kasutamiseni (Chapuis-de-Andrade, de Araujo, & Lara, 2017). Uuringud näitavad, et kehakuju- ja kaalu ülehindamine on seotud söömishäire sümptomaatikaga (Linardon, 2017). Käesolevas magistritöös kasutatakse hinnangut kehakaalule ennustava faktorina kehaga rahulolematusele.

### *1.3.3 Kehakaalu reguleerimine*

Erinevate kehakaalu reguleerimise meetodite kasutamine on naiste hulgas levinud. 14-16% normaalkaalus naistest kasutavad aeg-ajalt diureetikume või lahtisteid ning 9.3% oksendavad kaalulangetamise eesmärkidel (Chapuis-de-Andrade jt., 2017). See viitab asjaolule, et kehaga rahulolematuse on ka normaalkaalus naiste hulgas levinud, mis muudab ka normaalkaalus naised söömishäirete suhtes haavatavaks. Kehakaalu reguleerimise ja kehaga rahulolematuse seoste uurimiseks on mitmetes uuringutes kasutatud dieedi pidamist, mis hõlmab endas ka väiksema kalorsusega toitude söömist, toidukoguste piiramist jm. (nt. Glashouwer, Bennik, de Jong, & Spruyt, 2018).

### *1.3.4. Söömishäire sümptomaatika*

Varasemas eas ilmnenu söömishäire sümptomaatika ennustab hilisemas eas esinevaid sümptomeid ning on üheks olulisemaks söömishäire väljakujunemise ennustajaks (Evans, Adamson, Basterfield, Le Couteur, Reilly, Reilly, & Parkinson, 2016). Söömishäire patsientidele omane kõhnuseihalus, mida defineeritakse kui soovi olla kõhnem on oluline söömishäire väljakujunemise riskifaktor (Chernyak & Lowe, 2010) ning vahendab seost kehaga rahulolematuse ja söömishäire sümptomaatika vahel (Prost-Lehmann jt., 2018). Oluliseks kehaga rahulolematuse riskifaktoriks on ka perfektsionism (Chang, Yu, Chang, & Jilani, 2016), mis võib seletada ideaalse kehakuju ja -kaalu poole püüdlemist ning küpsuse hirmud (Fujimori, Wada, Yamashita, Choi, Nishizawa, Yamamoto, & Fukui, 2011; van der Ham, van Strien, & van Engeland, 1998), mis võivad raskendada enda keha ja selle muutumise aktsepteerimist. Söömishäirete, eriti buliimias patsientidele on omane ka häirunud interotseptiivne teadlikkus (Fassino, Piero, Gramaglia, & Abbate-Daga, 2004), mis on seotud aistingutel ja tunnetel (nt. nälja ja küllastustundel) vahet tegemisega. Impulsiivsuse seoseid on leitud ülesöömise ja väljutamiskäitumistega (Waxman, 2009).

### *1.3.5. Enesehinnang*

Mitmed psühholoogilised faktorid võivad mõjutada kehaga rahulolematuse ja häirunud söömiskäitumise vahelise seose tugevust. Üheks selliseks vahendajaks on enesehinnang. Madal enesehinnang on üks olulisemaid kehaga rahulolematuse riskifaktoreid (Wojtowicz jt., 2012). Kõrge enesehinnang võib mõjuda kaitsefaktorina, kuid



madala enesehinnangu puhul võib kehaga rahulolematust olla suurem ja viia häirunud söömiskäitumise tekkeni (Dakanalis, Zanetti, Riva, & Clerici, 2013). Samas on ka leitud, et longitudinaalselt enesehinnang kehaga rahulolematust ei ennusta (Tiggemann, 2005). Seega on endiselt teadmata, kas kõrgem enesehinnang kaitseb kehaga rahulolematuse eest või mitte.

### *1.3.6. Depressiivsus*

Erinevates uurimustes on leitud seoseid depressiivsuse ja häirunud söömiskäitumise või söömishäirete (Stice jt., 2017; Keating jt., 2019) ja kehaga rahulolematuse vahel (Richard, Rohrmann, Lohse, & Eichholzer, 2016). Depressiivsus on häirunud söömiskäitumise ennustajaks (Dennard & Richards, 2013; Jacobi, Fittig, Bryson, Wilfley, Kraemer, & Taylor, 2011) ning depressiooni sümptomaatika ja raskused emotsioonide reguleerimises võivad viia nii söömise piiramise, emotsionaalse söömise kui ka kontrollimatu söömiseni (Prefit & Szentagotai-Tatar, 2018), mis on omased häirunud söömiskäitumisele ning võivad omakorda põhjustada tahtlikku toidu väljutamist. Kuigi seoseid depressiivsuse ja kehaga rahulolematuse vahel on leitud (Richard jt., 2016), on ka tulemusi, mis näitavad, et depressiooni sümptomaatika tujukutel kehaga rahulolematust ei ennusta (Paxton, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2006). Seega ei ole kehaga rahulolematuse ja depressiivsuse vahelised seosed veel üheselt selged.

### *1.3.7. Ärevus*

Kõrgem kehaga rahulolematust teismeeas on seotud erinevate ärevushäirete sümptomaatikaga (Vannucci, & McCauley Ohannesian, 2017). Sotsiaalärevus on söömishäire patsientide seas võrreldes tervete indiviididega oluliselt kõrgem ning üldjuhul ärevus eelneb söömishäirele (Kerr-Gaffney, Harrison, & Tchanturia, 2018), mis tähendab, et ärevus võib panustada söömishäire väljakujunemisse. Sotsiaalärevus on seotud ka kõrgema kehaga rahulolematuse ja kõhnuseihalusega (Silgado, Timpano, Buckner, & Schmidt, 2010) ning ärevus panustab häirunud söömiskäitumise tekkesse koosmõjus perfektsionismi ja depressiivsusega (Drieberg jt., 2019; Silgado jt., 2010). Sotsiaalselt ärevad indiviidid, kellel on ka kõrge perfektsionism, võivad muretseda rohkem selle pärast, et teised nende kehale negatiivseid hinnanguid annavad isegi kui nad tegelikult oma kehaga rahul on (Silgado jt., 2010). See võib viia kehaga rahulolematuseni ning tekitada soovi kaalu kaotada, lisaks võivad sotsiaalärevad indiviidid läbi häirunud söömiskäitumise enda emotsioone reguleerida ja enesetunnet parandada. Ärevuse seoseid on leitud ka küpsuse hirmude ja kõhnuseihalusega ning ärevus on tugevalt seotud ülesöömise ja tahtliku toidu

väljutamisega (Brytek-Matera, 2008), mis viitab sellele, et häirunud söömiskäitumine võib täita ärevuse leevendamise eesmärgi.

#### *1.3.8. Vägivald*

Peresuhetele ja kogetud väärkohtlemisele on oluline tähelepanu pöörata, sest peresisene vägivald või oht vägivallale võib viia söömishäire sümptomaatika väljakujunemiseni (Brady, 2008). Kehaga rahulolematusesse panustab nii kogetud seksuaalne kui ka emotsionaalne vägivald (Dunkley, Masheb, & Grilo, 2010), füüsilise vägivalla seoseid on leitud häirunud söömiskäitumisega (Armour, Müllerova, Fletcher, Lagdon, Burns, Robinson, & Robinson, 2016). Lisaks kehaga rahulolematusele ja häirunud söömiskäitumisele põhjustab kogetud vägivald ka emotsionaalseid ja käitumuslikke probleeme (Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, & Jaffe, 2003). Seoseid on leitud ärevuse ja depressiooniga (Wonderlich, Rosenfeldt, Crosby, Mitchell, Engel, Smyth, & Miltenberger, 2007), posttraumaatilise stressihäire ja suitsiidikatsetega (Armour jt., 2016).

### **1.4. Eesmärk**

Kuna kehaga rahulolematuse ja häirunud söömiskäitumine on teismeliste ja varases täiskasvanueas naiste hulgas väga levinud probleem on oluline uurida, missugused riskitegurid kehaga rahulolematuse tekkesse panustavad. Teadmised kehaga rahulolematuse väljakujunemisest ning sellega seotud riskifaktoritest võimaldavad luua erinevaid sekkumisstrateegiaid, võttes arvesse seda, missugustele teguritele tuleks keskenduda ennetus- ja ravitöö planeerimisel ja läbiviimisel.

Autorile teadaolevalt ei ole varasemalt tehtud kõiki eelpool käsitletud riskifaktoreid kaasavat longituuduuringut kehaga rahulolematuse uurimiseks. Käesoleva magistritöö eesmärk on analüüsida kehaga rahulolematuse viivaid riskifaktoreid noortel naistel. Lähtuvalt eelpool väljatoodust püstitati järgmised uurimisküsimused:

1. Missugused vaatluse alla võetud riskifaktoritest ennustavad kehaga rahulolematuse väljakujunemist läbilõikeliselt ja longitudinaalselt?
2. Kuidas muutub kehaga rahulolematuse vanuse kasvades?
3. Missugust mõju avaldavad enesehinnang ja kõhnuseihalus kehaga rahulolematuse ja söömishäire sümptomaatika seosele?

## 2. MEETOD

### 2.1. Valim

Käesolevas magistritöös kasutatavad andmed pärinevad Eesti Laste Isiksuse, Käitumise ja Tervise Uuringu (ELIKTU) nooremalt kohordilt. Andmeid oli kokku 550 inimeselt (241 meest, 309 naist). Käesolevas töös kasutatakse eesti rahvusest naissoost isikute ( $n=234$ ) andmeid. Mehi käesolevasse töösse ei kaasata, sest eelnevad uuringud on selgelt näidanud, et söömishäirete väljakujunemise oluliseks prediktoriks on naissugu (Allen jt., 2014; Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004).

Andmeid koguti neljal erineval aastal: 1998.a. kui uuritavad olid keskmiselt 9-aastased ( $M=9.1$ ;  $SD=0.5$ ), 2004.a. kui uuritavad olid keskmiselt 15-aastased ( $M=14.8$ ;  $SD=0.5$ ), 2007.a. kui uuritavad olid keskmiselt 18-aastased ( $M=17.8$ ;  $SD=0.5$ ) ning 2014.a. kui uuritavad olid keskmiselt 25-aastased ( $M=24.7$ ;  $SD=0.5$ ). Käesolevas töös kasutatakse 2004., 2007. ja 2014. aastal kogutud andmeid.

### 2.2. Mõõtmisvahendid

*Kehamassiindeks (KMI)* – andmed KMI kohta on uuringus osalejatelt kogutud igal mõõtmiskorral ning seda arvutatakse välja kaalu ja pikkuse põhjal ( $KMI = \text{kehakaal [kg]} / \text{pikkus [m]}^2$ ).

*Hinnang kehakaalule* – igal mõõtmiskorral (15-, 18- ja 25-aastasena) andsid uuringus osalejad hinnangu oma kehakaalule (kaalun liiga vähe/parasjagu/palju). Ennustava faktorina vaadeldi hinnangut „kaalun liiga palju“, sest kehaga rahulolematud naised soovivad üldjuhul kaalu vähendada, mitte suurendada.

*Kehakaalu reguleerimine* – kõigil kolmel aastal (15-, 18- ja 25-aastasena) vastasid uuringus osalejad, kas nad on püüdnud oma kaalu reguleerida (jah/ei). Kui uuringus osaleja oli püüdnud kehakaalu reguleerida, täpsustati meetodeid (jah/ei): dieedi pidamine, nälgimine, toitumisharjumuste muutmine, toidukoguste piiramine, füüsilise aktiivsuse tõstmine, toidukordade vähendamine.

*Peresuhted* – Peresuhete hindamiseks kasutati Tartu Peresuhete Skaalat, mis on loodud Eesti Laste Isiksuse, Käitumise ja Tervise Uuringu jaoks (Kurrikoff, 2012). Tegemist on 5-pallilise Likerti-tüüpi skaalaga, mis hindab lähedust, toetust, alavääristamist ja vägivalda perekonnas. Küsimustikku täitsid uuritavad 15-aastasena.

*Eneseraporteeritud vägivallajuhtumid* – uuritavad vastasid, kas nad on varasemalt kogenud emotsionaalset (jah/ei), seksuaalset (jah/ei) või füüsilist (jah/ei) kuritarvitamist. Uuritavad vastasid vägivallateemalistele küsimustele 15-aastasena.

*Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2)* – mõõdab kaheksat söömishäire hoiakulist ning käitumuslikku dimensiooni ning koosneb 11-st alaskaalast: kõhnuseihalus, buliimia, kehaga rahulolematuse, mittetõhusus, perfektsionism, interpersonaalne usaldamatus, intertseptiivne teadlikkus, küpsuse hirmud, asketism, impulsi regulatsioon ja sotsiaalne ebakindlus (Garner, 1991; eestikeelne versioon Podar, Hannus, & Allik, 1999). Uuringus osalejad täitsid küsimustikku 15-, 18- ja 25-aastasena.

*Rosenbergi enesehinnangu skaala (Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES))*; Rosenberg, 1965; eestikeelne versioon Pullmann & Allik, 2000) – koosneb 10-st enesekohasest väitest, millele tuli vastata 5-pallilisel Likerti-tüüpi skaalal. RSES-i täitsid uuritavad 15-, 18- ja 25-aastasena.

*Beck'i depressiooniküsimustik (Beck Depression Inventory (BDI))*; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) – mõõdab depressiooni raskusastet ning koosneb 21-st küsimusest, millest igal on neli vastusevarianti, mida saab hinnata skaalal 0-3 (järjestatud depressiooni süvenemise suunas). BDI-d täitsid uuritavad 15-aastasena.

*Püsi- ja seisundiärevuse küsimustik (State-Trait Anxiety Inventory (STAI))*; Spielberger, 1983) – koosneb 20-st väitest ning mõõdab inimese ärevust antud ajamomendil (STAI-S ehk *STAI State-anxiety*) ja püsiomadusena (STAI-T ehk *STAI Trait-anxiety*). Seisundiärevuse küsimustikku täitsid uuritavad 15-, 18- ja 25-aastasena, püsiärevuse küsimustikku 18- ja 25-aastasena.

### 2.3. Andmeanalüüs

Andmeanalüüside läbiviimiseks kasutati statistikaprogrammi SPSS 23.0. Andmestikus puuduvaid andmeid ei asendatud, puuduvate andmetega isikud eemaldati analüüsipõhiselt. Töös kasutati kirjeldavaid statistikuid, muutujate vaheliste seoste leidmiseks lineaarset regressioonanalüüsi. Kehaga rahulolematuse vanuselistest muutustest uurimiseks kasutati üldist lineaarset mudelit (*General Linear Model, GLM*) ning modereerivate mõjude analüüsiks kasutati Hayes'i Process Macro't (Process v3.0).

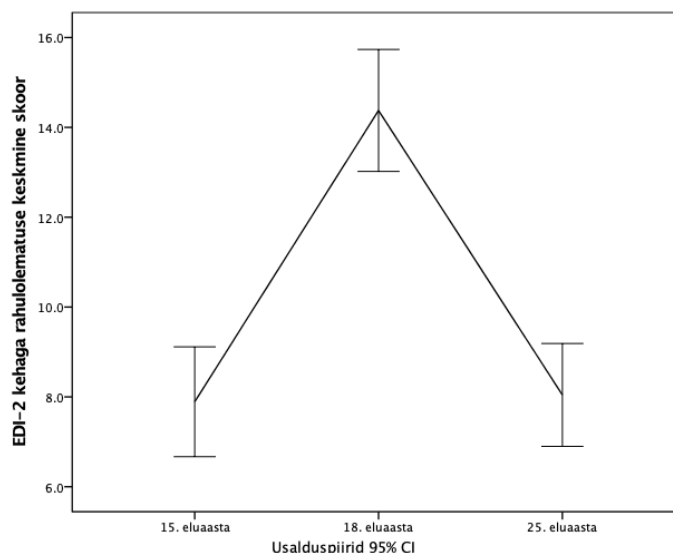
Regressioonimudelites uuriti esmalt ükshaaval võimalike prediktorite seotust kehaga rahulolematusega, seejärel vaadeldi statistiliselt olulisi muutujaid ühises mudelis.

### 3. TULEMUSED

#### 3.1. Kehaga rahulolematuse läbi kolme vanuse

Kehaga rahulolematuse muutumist 15-, 18- ja 25-aastasena hinnati kasutades üldist lineaarset mudelit. Kehaga rahulolematuse on kõrgeim 18. eluaastal ( $M=14.38$ ;  $SE=.69$ ) ning langeb 25. eluaastaks oluliselt ( $M=8.04$ ;  $SE=.58$ ). Kehaga rahulolematuse vanuselisi muutusi illustreerib Joonis 1.

*Joonis 1. EDI-2 Kehaga rahulolematuse alaskaala keskmine skoor kolmel mõõtmiskorral.*



#### 3.2. Kehaga rahulolematust ennustavad faktorid

Esmalt vaadati läbilõikeliselt 15-aastaselt mõõdetud ennustajate seost kehaga rahulolematusega. Selleks viidi läbi lineaarse regressiooni analüüse, kus sõltuvaks muutujaks oli 15-aastaselt mõõdetud kehaga rahulolematuse skoor ning sõltumatuteks muutujateks vastava mõõtmiskorra EDI-2 alaskaalade skoorid, KMI, hinnang kehakaalule, kaalu reguleerimine ning kaalu reguleerimise meetodid, vägivald, BDI, RSES ja STAI-S skoorid. Kehaga rahulolematust 15-aastaselt ennustasid kõrgem KMI ( $F_{(1, 228)}=61.37$ ,  $R^2=.21$ ,  $p<.001$ ), seisundiärevus ( $F_{(1, 217)}=21.46$ ,  $R^2=.09$ ,  $p<.001$ ), depressiivsus ( $F_{(1, 222)}=56.12$ ,  $R^2=.20$ ,  $p<.001$ ), madalam enesehinnang ( $F_{(1, 227)}=57.69$ ,  $R^2=.20$ ,  $p<.001$ ), hinnang kehakaalule ( $F_{(1, 226)}=131.20$ ,  $R^2=.37$ ,  $p<.001$ ) ja kehakaalu reguleerimine ( $F_{(1, 225)}=46.63$ ,  $R^2=.17$ ,  $p<.001$ ). Kaalu reguleerimise meetoditest jäid olulisteks ennustajateks kõik strateegiad. EDI-2 alaskaaladest ennustasid kehaga rahulolematust kõhnuseihalus ( $F_{(1, 228)}=354.33$ ,  $R^2=.61$ ,  $p<.001$ ), buliimia ( $F_{(1, 228)}=73.67$ ,  $R^2=.26$ ,  $p<.001$ ), mittetõhusus ( $F_{(1, 228)}=78.87$ ,  $R^2=.26$ ,  $p<.001$ ), interotseptiivne teadlikkus ( $F_{(1, 228)}=57.23$ ,  $R^2=.20$ ,  $p<.001$ ), perfektsionism ( $F_{(1, 228)}=7.60$ ,  $R^2=.03$ ,  $p<.05$ ) ja impulsi regulatsioon ( $F_{(1, 228)}=23.97$ ,  $R^2=.10$ ,  $p<.001$ ). Peresuhete aspektidest ennustasid kehaga rahulolematust nii alavääristamine ( $F_{(1, 228)}=7.60$ ,  $R^2=.03$ ,  $p<.05$ )

$_{225})=13.92$ ,  $R^2=.06$ ,  $p<.001$ ) kui ka vägivald ( $F_{(1, 228)}=8.58$ ,  $R^2=.04$ ,  $p<.05$ ) ning vähene lähedus ( $F_{(1, 212)}=10.40$ ,  $R^2=.05$ ,  $p<.05$ ) ja toetus ( $F_{(1, 223)}=8.66$ ,  $R^2=.05$ ,  $p<.05$ ) perekonnas. Oluliseks jäid ka raporteeritud füüsiline ( $F_{(1, 228)}=4.30$ ,  $R^2=.02$ ,  $p<.05$ ) ja seksuaalne ( $F_{(1, 228)}=4.68$ ,  $R^2=.02$ ,  $p<.05$ ) vägivald. Emotsionaalne vägivald kehaga rahulolematust ei ennustanud. Regressioonianalüüside tulemused on välja toodud Tabelis 1.

Tabel 1

*Kehaga rahulolematust läbilõikeliselt ennustavad tegurid 15. eluaastal*

Prediktorid	Kehaga rahulolematust				
	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	Usalduspiirid
KMI	.95	.46	7.83	<.001	.71 – 1.19
<i>EDI-2 alaskaalad</i>					
Kõhnuseihalus	1.09	.78	18.82	<.001	.98 – 1.21
Buliimia	1.05	.49	8.58	<.001	.81 – 1.29
Mittetõhusus	.73	.51	8.88	<.001	.57 – .89
Interotseptiivne teadlikkus	.59	.45	7.61	<.001	.44 – .75
Interpersonaalne usaldamatus	.43	.18	2.74	<.05	.12 – .75
Perfektsionism	.33	.18	2.76	<.05	.10 – .57
Asketism	.67	.29	4.50	<.001	.38 – .96
Impulsi regulatsioon	.48	.31	4.90	<.001	.28 – .67
Sotsiaalne ebakindlus	.46	.22	3.41	<.05	.19 – .72
Küpsuse hirmud	.19	.11	1.71	>.05	-.03 – .42
<i>Peresuhted</i>					
Lähedus	-.12	-.22	-3.22	<.05	-.19 – (-.05)
Toetus	-.28	-.19	-2.94	<.05	-.46 – (-.09)
Alavääristamine	.30	.24	3.73	<.001	.14 – .45
Peresisene vägivald	.25	.19	2.93	<.05	.08 – .41
Hinnang kehakaalule	8.86	.60	11.45	<.001	7.33–10.38
Kaalu reguleerimine	5.66	.41	6.83	<.001	4.03–7.29
Dieet	5.74	.34	5.33	<.001	3.62–7.85
Nälgimine	7.33	.34	5.25	<.001	4.58–10.09
Toitumise muutmine	6.38	.46	7.72	<.001	4.75–8.01
Toidukoguste piiramine	6.24	.44	7.40	<.001	4.58– 7.90
Toidukordade vähendamine	6.35	.39	6.10	<.001	4.30 – 8.40
Trenn	5.29	.38	6.05	<.001	3.57–7.02
<i>Eneseraporteeritud vägivald</i>					
Füüsiline vägivald	2.14	.14	2.07	<.05	.11 – 4.17
Seksuaalne vägivald	2.75	.14	2.01	<.05	.05 – 5.44
Emotsionaalne vägivald	1.86	.12	1.74	>.05	-.25 – 3.97
Seisundiärevus	.22	.30	4.63	<.001	.13 – .31
Depressiivsus	.43	.45	7.49	<.001	.32 – .55
Enesehinnang	-.43	-.45	-7.60	<.001	-.64 – (-.32)

Ühisesse lineaarsesse regressioonimudelisse lisati järgnevad üksikuna olulisteks ennustajateks jäänud muutujad: KMI, kõhnuseihalus, buliimia, mittetõhusus, interotseptiivne teadlikkus, perfektsionism, impulsi regulatsioon, seisundiärevus, depressiivsus, enesehinnang, hinnang kehakaalule, kaalu reguleerimine ja kaalu reguleerimise meetodid, peresisene alavääristamine ja vägivald. Ühine mudel ei osutunud

statistiliselt oluliseks. Leidmaks parimat statistiliselt olulist mudelit, kasutati mudeli loomisel *Backward* meetodit, mis loob esmalt mudeli kõigi muutjatega ning hakkab mudeli kaupa mitteolulisi ennustajaid mudelist välja jätma. Statistiliselt oluliseks jäänud mudel hõlmas KMI-d, kõhnuseihalust, mittetõhusust, perfektsionismi ning peresisest alavääristamist ja vägivalda. Mudel seletab läbilõikeliselt 71% kehaga rahulolematuse varieeruvusest ( $F_{(6, 220)}=89.76, R^2=.71, p<.001$ ). Mudeli parameetrid on välja toodud Tabelis 2.

Tabel 2

*Läbilõikeline regressioonimudel ennustamaks kehaga rahulolematust 15-aastaselt*

Prediktorid	Kehaga rahulolematuse				Usalduspiirid
	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	
KMI	.542	.261	6.596	<.001	.380 – .704
Kõhnuseihalus	.896	.640	13.587	<.001	.766 – 1.026
Mittetõhusus	.283	.197	4.247	<.001	.152 – .414
Perfektsionism	-.218	-.117	-2.920	<.05	-.365 – (-.071)
Alavääristamine	.146	.119	2.438	<.05	.028 – .265
Peresisene vägivald	-.129	-.099	-2.086	<.05	-.251 – (-.007)

Järgmisena vaadati prospektiivselt, kuidas 15. eluaastal mõõdetud muutujad ennustavad 18. eluaastal mõõdetud kehaga rahulolematust. Statistiliselt oluliseks osutusid seitse muutujat. Kõrgemat kehaga rahulolematust 18-aastaselt ennustas kõrgem kehaga rahulolematuse 15-aastaselt ( $F_{(1, 200)}=6.39, R^2=.03, p<.05$ ), mis viitab sellele, et tegemist on suhteliselt püsiva omadusega. EDI-2 alaskaaladest jäid oluliseks ka mittetõhusus ( $F_{(1, 200)}=3.93, R^2=.02, p<.05$ ) ja sotsiaalne ebakindlus ( $F_{(1, 200)}=4.90, R^2=.02, p<.05$ ). Suuremat kehaga rahulolematust 18-aastaselt ennustasid ka 15-aastaselt mõõdetud depressiivsus ( $F_{(1, 197)}=2.11, R^2=.02, p<.05$ ) ja enesehinnang ( $F_{(1, 201)}=5.09, R^2=.03, p<.05$ ) ning 15-aastaselt raporteeritud füüsiline ( $F_{(1, 202)}=9.20, R^2=.04, p<.05$ ) ja seksuaalne vägivald ( $F_{(1, 202)}=5.24, R^2=.03, p<.05$ ). Kehakaalu reguleerimine ning erinevad meetodid olulisteks ennustajateks ei osutunud. Prospektiivsete mõjude analüüsi tulemused on välja toodud Tabelis 3.

Tabel 3

*Kehaga rahulolematust 18. eluaastal prospektiivselt ennustavad tegurid*

Prediktorid 15.a.	Kehaga rahulolematuse 18.a.				Usalduspiirid
	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	
KMI	.25	.10	1.49	>.05	-.08 – .59
EDI-2 alaskaalad					
Kõhnuseihalus	.21	.13	1.79	>.05	-.02 – .44
Buliimia	.29	.12	1.67	>.05	-.05 – .63
Kehaga rahulolematuse	.21	.18	2.53	<.05	.05 – .37
Mittetõhusus	.23	.14	1.98	<.05	.00 – .46
Interotseptiivne teadlikkus	.16	.11	1.49	>.05	-.05 – .37

Tabel 3 jätkub

Interpersonaalne usaldamatus	.23	.08	1.10	>.05	-.19 – .65
Küpsusehirmud	.04	.02	.26	>.05	-.25 – .32
Perfektsionism	.25	.12	1.64	>.05	-.05 – .55
Asketism	.26	.10	1.35	>.05	-.12 – .65
Impulsi regulatsioon	.06	.03	.43	>.05	-.19 – .30
Sotsiaalne ebakindlus	.38	.16	2.21	<.05	.04 – .71
Hinnang kaalule	1.68	.11	1.60	>.05	-.39 – 3.74
Kaalu reguleerimine	1.67	.10	1.48	>.05	-.56 – 3.90
<i>Eneseraporteeritud vägivald</i>					
Emotsionaalne vägivald	.41	.02	.31	>.05	-2.23 – 3.05
Seksuaalne vägivald	3.84	.16	2.29	<.05	.53 – 7.15
Füüsiline vägivald	3.79	.21	3.03	<.05	1.33 – 6.25
Depressiivsus	.16	.14	2.03	<.05	.00 – .32
Enesehinnang	-.18	-.16	-2.26	<.05	-.33 – (-.02)
Seisundiärevus	.08	.09	1.27	>.05	-.04 – .20
<i>Peresuhted</i>					
Alavääristamine	.17	.12	1.64	>.05	-.03 – .37
Peresisene vägivald	.20	.13	1.86	>.05	-.01 – .41

Statistiliselt oluliseks jäänud ennustajad lisati ühte regressioonimudelisse leidmaks parimat kehaga rahulolematust prospektiivselt ennustavat mudelit. Statistiliselt oluliseks jäänud mudelis ennustasid kehaga rahulolematust prospektiivselt kehaga rahulolematust ja füüsiline vägivald ( $F_{(2, 199)}=7.28$ ,  $R^2=.07$ ,  $p<.05$ ). Mudeli parameetrid on välja toodud Tabelis 4.

Tabel 4

*Prospektiivne regressioonimudel ennustamaks kehaga rahulolematust 18-aastaselt*

Prediktorid 15.a.	Kehaga rahulolematust 18.a.				
	B	$\beta$	t	p	Usalduspiirid
Kehaga rahulolematust	.18	.16	2.30	<.05	.02 – .35
Füüsiline vägivald	3.50	.19	2.82	<.05	1.10 – 6.03

Viimaks vaadati, missugused muutujad ennustavad kehaga rahulolematust 25-aastaselt. Kehaga rahulolematust 25-aastasena ennustavad 18.a. mõõdetud KMI ( $F_{(1, 138)}=13.94$ ,  $R^2=.09$ ,  $p<.001$ ), EDI-2 alaskaaladest jäid oluliseks buliimia ( $F_{(1, 238)}=6.39$ ,  $R^2=.04$ ,  $p<.05$ ), kõhnuseihalus ( $F_{(1, 138)}=18.69$ ,  $R^2=.12$ ,  $p<.001$ ) ja kehaga rahulolematust ( $F_{(1, 138)}=9.95$ ,  $R^2=.07$ ,  $p<.05$ ). Oluliseks osutus ka hinnang oma kehakaalule 18-aastasena ( $F_{(1, 157)}=10.64$ ,  $R^2=.06$ ,  $p<.05$ ), kehakaalu reguleerimine ( $F_{(1, 157)}=3.96$ ,  $R^2=.03$ ,  $p<.05$ ), kaalu reguleerimise meetoditest toidukordade vähendamine ( $F_{(1, 157)}=7.41$ ,  $R^2=.05$ ,  $p<.05$ ), seisundi- ( $F_{(1, 138)}=12.91$ ,  $R^2=.09$ ,  $p<.001$ ) ja püsiärevus ( $F_{(1, 138)}=15.79$ ,  $R^2=.10$ ,  $p<.001$ ) ning enesehinnang ( $F_{(1, 138)}=11.70$ ,  $R^2=.08$ ,  $p<.05$ ). Tulemused on välja toodud Tabelis 5.



Tabel 5

*Kehaga rahulolematust 25. eluaastal prospektiivselt ennustavad tegurid*

Prediktorid 18.a.	Kehaga rahulolematust 25.a.				
	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	Usalduspiirid
Kehaga rahulolematust	.23	.26	3.15	<.05	.08 – .37
Kõhnuseihalus	.32	.35	4.32	<.001	.17 – .46
Buliimia	.27	.21	2.53	<.05	.06 – .49
Enesehinnang	-.27	-.28	-3.42	<.05	-.43 – (-.12)
KMI	.55	.30	3.73	<.001	.26 – .84
Seisundiärevus	.23	.29	3.59	<.001	.10 – .35
Püsiärevus	.23	.32	3.97	<.001	.11 – .34
Hinnang kehakaalule	3.77	.25	3.26	<.05	1.49 – 6.10
Kaalu reguleerimine	2.24	.16	1.99	<.05	.02 – 4.50
Dieet	1.90	.11	1.40	>.05	-.79 – 4.60
Nälginimine	2.97	.15	1.86	>.05	-.19 – 6.13
Toitumise muutmine	1.01	.07	.89	>.05	-1.23 – 3.25
Toidukoguste piiramine	1.54	.11	1.36	>.05	-.70 – 3.78
Trenn	1.37	.10	1.20	>.05	-.88 – 3.61
Toidukordade vähendamine	3.46	.212	2.72	<.05	.95 – 5.97

Et leida parim mudel, lisati muutujad mitmesesse lineaarsesse regressioonimudelisse. Mudeli loomiseks kasutati meetodit *Backward*. Parim mudel ennustamaks kehaga rahulolematust 25-aastaselt seletab 24.4% ( $F_{(4, 133)}=10.75, p<.001$ ) kehaga rahulolematuse varieeruvusest ning hõlmab endas järgmisi 18.a. mõõdetud ennustajaid: KMI, kehaga rahulolematust, püsiärevus ja toidukordade vähendamine. Oluliseks jäänud mudeli parameetrid on välja toodud Tabelis 6.

Tabel 6

*Prospektiivne regressioonimudel ennustamaks kehaga rahulolematust 25-aastaselt*

Prediktorid 18.a.	Kehaga rahulolematust 25.a.				
	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	Usalduspiirid
Kehaga rahulolematust	.16	.18	2.32	<.05	.02 – .29
KMI	.46	.26	3.36	<.05	.19 – .74
STAI-T	.18	.25	3.17	<.05	.07 – .28
Toidukordade vähendamine	2.49	.16	2.09	<.05	.13 – 4.85

### 3.3. Kehaga rahulolematuse seos buliimilise sümptomaatikaga

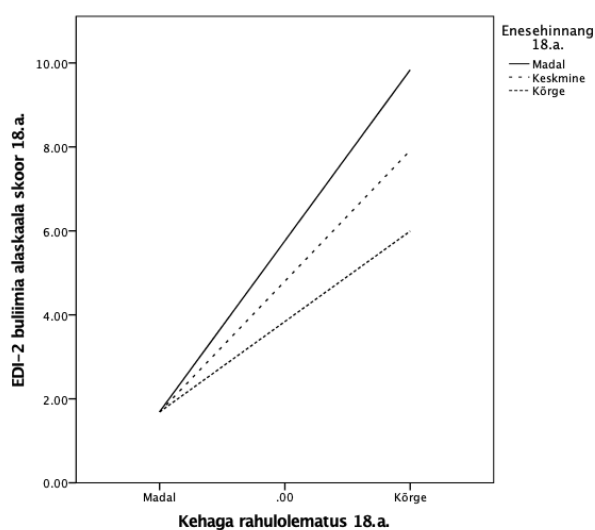
Modereeriva mõju uurimine tähendab, et tehakse kindlaks kolmandad muutujad, mis mõjutavad kahe muutuja vahelise seose suunda ja/või tugevust (Baron & Kenny, 1986). Käesolevas magistritöös vaadati kehaga rahulolematuse ja söömishäire sümptomaatika vahelisi seoseid. Vaatluse alla võeti EDI-2 buliimia alaskaala ja kehaga rahulolematust ning uuriti, kas ja kuidas enesehinnang ja kõhnuseihalus seda seost modereerivad. Buliimia alaskaala osutus valituks, sest kehaga rahulolematust on otsene buliimilise sümptomaatika

riskifaktor (Stice, 2002). Efekti suuruse leidmiseks kasutati Cohen'i  $f^2$ , mis on modereeriva mõju analüüsi puhul kõige sagedamini kasutatav efekti suuruse näitaja (Aiken & West, 1991) ning mille väärtused on vastavalt .02=väike efekt, .15=keskmine efekt ja .35=suur efekt (Cohen, 1988).

Kehaga rahulolematuse 15-aastaselt ennustab buliimilist sümptomaatikat 18-aastaselt ( $F_{(1, 200)}=11.00$ ,  $R^2=.05$ ,  $\beta=.23$ ,  $p<.05$ ), kuid 15-aastaselt mõõdetud enesehinnang ( $F_{(3, 197)}=7.40$ ,  $R^2=.10$ ,  $\beta=.07$ ,  $p>.05$ ) ega kõhnuseihalus ( $F_{(3, 198)}=4.19$ ,  $R^2=.06$ ,  $\beta=.08$ ,  $p>.05$ ) seda seost ei modereeri. See tähendab, et enesehinnang ega kõhnuseihalus ei mõjuta prospektiivselt kehaga rahulolematuse ja buliimilise sümptomaatika vahelise seose tugevust ega suunda. Järgmisena uuriti enesehinnangu ja kõhnuseihaluse modereerivaid mõjusid läbilõikeliselt 18. eluaastal. Kehaga rahulolematuse 18-aastaselt ennustab läbilõikeliselt buliimilist sümptomaatikat ( $F_{(1, 202)}=113.06$ ,  $R^2=.36$ ,  $\beta=.60$ ,  $p<.001$ ). Seda seost modereerivad nii kõhnuseihalus ( $F_{(3, 200)}=97.01$ ,  $R^2=.59$ ,  $\beta=.18$ ,  $p<.05$ ) kui ka enesehinnang ( $F_{(3, 200)}=52.23$ ,  $R^2=.44$ ,  $\beta=.187$ ,  $p=.001$ ). Efekti suurused jäid väikeseks olles vastavalt  $f^2=.04$  (kõhnuseihalus) ja  $f^2=.06$  (enesehinnang). Samas on teada, et keskmine efekti suurus modereeriva mõju analüüsi puhul on .009 (Aguinis, Beaty, Boik, & Pierce, 2005), mistõttu võiks käesolevas töös saadud efekte siiski oluliseks lugeda. Tulemuse põhjal võib eeldada, et enesehinnangu suurenedes seos kehaga rahulolematuse ja buliimilise sümptomaatika vahel väheneb ehk enesehinnangul võib olla kaitsev mõju söömishäire sümptomaatika eest isegi juhul kui kehaga rahulolematuse on kõrge. Enesehinnangu modereerivat mõju illustreerib Joonis 3.

Joonis 3.

*Enesehinnang  $\times$  Kehaga rahulolematuse koostõju buliimilisele sümptomaatikale 18. eluaastal*

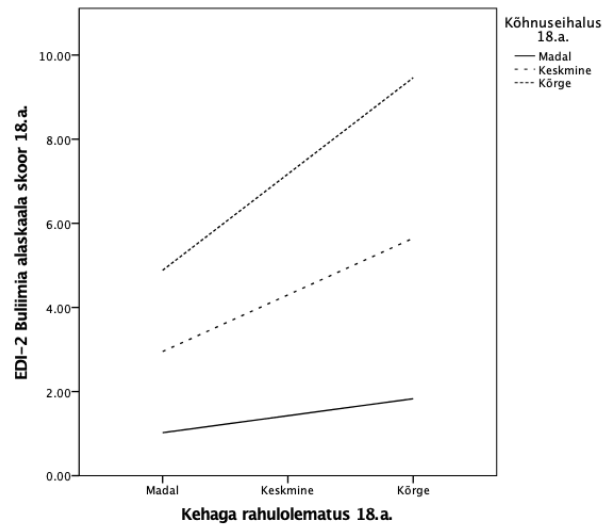


Märkus:  $f^2=.06$ ,  $p=.001$

Kõrgema kõhnuseihaluse puhul aga kehaga rahulolematuse ja buliimilise sümptomaatika vahel seos suureneb, mis tähendab, et kui kehaga rahulolematusele lisandub soov olla kõhnem või väga kõhn, siis on buliimilise sümptomaatika väljakujunemise tõenäosus suurem. Kõhnuseihaluse modereerivat mõju 18. eluaastal illustreerib Joonis 4.

Joonis 4.

*Kõhnuseihalus × Kehaga rahulolematuse koosmõju buliimilisele sümptomaatikale 18. eluaastal*



Märkus:  $f^2=.04$ ,  $p<.05$

#### 4. ARUTELU

Teismeiga on häirunud söömiskäitumise väljakujunemiseks riskantne periood – sel ajal tõuseb oluliselt söömishäirete erinevat tüüpi sümptomaatika (Slane jt., 2014). Kehaga rahulolematust on üks püsivam ja olulisem häirunud söömiskäitumise ja söömishäirete riskifaktor (Stice jt., 2011; Rohde jt., 2015; Neumark-Sztainer jt., 2006) ning see on puberteedi- ja varases täiskasvanueas naiste hulgas tõsine probleem. Seepärast on oluline uurida, missugused tegurid kehaga rahulolematusesse panustavad ja kehaga rahulolematust alal hoiavad. See võimaldab luua järjest paremaid ennetus- ja sekkumisstrateegiaid. Varasemalt on tehtud nii longitudinaalseid kui ka läbilõikelisi uuringuid, kuid seni on valdavalt keskendutud söömishäirete riskifaktoritele ning kehaga rahulolematust on jäänud tagaplaanile. Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli uurida, kuidas kehaga rahulolematust ajaga muutub, missugused tegurid kehaga rahulolematusesse panustavad ning kuidas modereerivad enesehinnang ja kõhnuseihalus kehaga rahulolematust ja söömishäire sümptomaatika vahelist seost. Töö põhirõhk oli kehaga rahulolematust riskifaktoritel ja modereerivatel mõjudel.

Vastavalt varasematele tulemustele (Bucchianeri, Arikian, Hannan, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2013; Tiggemann, 2005; Eisenberg, Neumark-Sztainer, & Paxton, 2006) ilmnes, et teismeeast varasesse täiskasvanuikka jõudes kehaga rahulolematust suureneb, mis võib olla seotud kehakaalu tõusu ja kehakuju muutustega. Täiskasvanueas kehaga rahulolematust aga langeb ning jõuab 25-ndaks eluaastaks pea sama madalale kui 15-aastaselt. Varasemalt on leitud, et kehaga rahulolematust tõuseb ka 20-ndates eluaastates (Lowe, Iacono, Marmorstein, Rosenbaum, Espel-Huynh, Muratore, Lantz, & Zhang, 2019; Bucchianeri jt., 2013). Samas on ka uuringuid, mis näitavad, et kehaga rahulolematust 25-aastaselt on pea sama madal kui 15-aastaselt (Quick, Eisenberg, Bucchianeri, & Neumark-Sztainer, 2013), mis viitab sellele, et kehaga rahulolematust hakkab varase täiskasvanuea lõpus siiski langema. Kuna uuringutulemustes on vastuolulisust, ei ole kehaga rahulolematust arenguline trajektoor veel üheselt selge ning vajab täiendavaid longitudinaalseid uuringuid.

15-aastasena ehk teismeeas ennustavad kehaga rahulolematust mitmed erinevad riskifaktorid. Kõige olulisemaks riskifaktoriks osutus kõhnuseihalus, mis toetab varasemalt leitud (Chernyak jt., 2010). Kõhnuseihaluse riskifaktoriteks on interpersonaalsed ja meedia poolt tulevad mõjutused (Girard, Rodgers, & Chabrol, 2018), mis võib seletada seda, miks teismelised soovivad kõhnad olla. Kõhnuseideaali internaliseerimine viib teismelised

tüdrukud aga kehaga rahulolematuse ja kaalulangetusstrateegiate kasutamiseni, mis võivad välja kujuneda häirunud söömiskäitumiseks või söömishäireks. Kehaga rahulolematust ennustasid lisaks kõhnuseihalusele ka kõrgem KMI, hinnang kehakaalule, EDI-2 buliimias ja mittetõhususe alaskaalad. Tulemused viitavad asjaolule, et oma kehaga on vähem rahul eelkõige kõrgema KMI-ga naised ning olulist rolli mängib see, missugune hinnang antakse oma kaalule ehk kuidas enda keha tajutakse. EDI-2 buliimias alaskaala, mis mõõdab liigsöömist ja vähest kontrollitaju söömise üle, ennustab samuti kehaga rahulolematust, kuid arvestades seda, et kehaga rahulolematust eelneb häirunud söömiskäitumisele, on see seos tõenäoliselt vastastikune. Mittetõhususe ja kehaga rahulolematuse seos võib seisneda kontrolliga seotud hoiakutes (Wagner, Halmi, & Maguire, 1987), mis võib viia soovini oma kehakaalu, -kuju ja söömiskäitumist kontrolli all hoida, eriti juhul kui kõhnuseihalus on kõrge. Kehaga rahulolematust 15-aastaselt ennustasid ka depressiivsus, ärevus ja madal enesehinnang, mis on kooskõlas varasemate uuringutulemustega (Silgado jt., 2010; Wojtowicz jt., 2012; Richard jt., 2016; Drieberg jt., 2019). Madala enesehinnangu ja kehaga rahulolematuse vaheline seos ei ole üheselt selge, kuid on võimalik, et madala enesehinnanguga invidiidid ei väärtusta end piisavalt ning märkavad enda juures, sh. keha juures vaid negatiivset, mis võib viia kehaga rahulolematuseni. Enesehinnangu, ärevuse ja kehaga rahulolematuse seoses võivad rolli mängida ka interpersonaalsed suhted, meedia ning enese võrdlemine eakaaslastega. Sotsiaalse keskkonna mõjud võivad mängida suurt rolli eriti arvestades seda, et riskiteguriteks osutusid ka interpersonaalne usaldamatus ja sotsiaalne ebakindlus, mis raskendavad suhtlemist ja sotsiaalsetes olukordades toimetulekut. Sotsiaalsest keskkonnast tulenevad mõjud ja surve saledusele võib viia ka ärevuseni, mistõttu muututakse kehaga rahulolematuks ning kehakaalu- ja kuju muutmiseks (ja ühes sellega ärevuse leevendamiseks) kasutatakse erinevaid kaalulangetamise strateegiaid. Kehaga rahulolematust ennustas ka perfektsionism, mis seletab ideaalse kehakuju- ja kaalu poole püüdlemist ning kriitilisust enese suhtes ja sotsiaalne ebakindlus, mis võib olla seotud madalama enesehinnangu ja ärevusega. Depressiooni sümptomaatika, ärevuse ja perfektsionismi kaudseid seoseid söömishäire sümptomaatikaga on leitud ka varasemalt (Mayer, Muris, Meesters, & Zimmermann-van Beuningen, 2009). Peresuhete aspektidest osutusid olulisteks nii peresisene lähedus ja toetus, mis võivad toetada eneseväärtustamist ja kaitsta kehaga rahulolematuse eest kui ka alavääristamine ja vägivald perekonnas, mis suurendavad kehaga rahulolematuse tekkimise tõenäosust. Riskifaktoriteks osutusid ka raporteeritud füüsiline ja seksuaalne vägivald, mis on mõlemad eelkõige kehale suunatud ning võivad seetõttu põhjustada kehaga seotud negatiivseid hoiakuid ja tundeid. Vägivalla

seoseid kehaga rahulolematuse ja söömishäiretega on leitud ka varasemalt (Dunkley jt., 2010; Armour jt., 2016). Emotsionaalne vägivald kehaga rahulolematust ei ennustanud, mis on vastuolus varasemate tulemustega (Dunkley jt., 2010). Ühises regressioonimudelis jäid olulisteks kehaga rahulolematuse ennustajateks KMI, kõhnuseihalus, mittetõhusus, perfektsionism ning alavääristamine ja vägivald perekonnas.

Kehaga rahulolematust 18. eluaastal ehk ajal, mil see oli kõrgeim, ennustasid prospektiivselt ühises mudelis 15-aastaselt mõõdetud kehaga rahulolematust ja raporteeritud füüsiline vägivald. Eraldiseisvate ennustajatena jäid olulisteks ka mittetõhusus ja sotsiaalne ebakindlus, raporteeritud seksuaalne vägivald, depressiivsus ja madal enesehinnang. Kehaga rahulolematust, madal enesehinnang ja depressiivsus ennustasid kehaga rahulolematust ka 25-aastaselt, mis viitab sellele, et tegemist on ajas suhteliselt püsivate omadustega. Lisaks ennustasid prospektiivselt kehaga rahulolematust 25-aastaselt ka seisundi- ja püsiärevus, KMI, EDI-2 buliimia ja kõhnuseihaluse alaskaalad ning hinnang kehakaalule ja soov kehakaalu vähendada. Ühine prospektiivne mudel hõlmas kehaga rahulolematust, KMI-d, seisundiärevust ja toidukordade vähendamist. Läbivalt – 15-ndast 25-nda eluaastani ennustas kehaga rahulolematust madal enesehinnang. Sellest tulenevalt võib oletada, et madal enesehinnang on kehaga rahulolematuse väljakujunemisel võtmeteguriks ning ennetus- ja ravitöös tuleks tähelepanu pöörata eelkõige sellele. Enesehinnangu olulisus käesolevas töös kinnitab ka varasemaid uuringutulemusi (Wojtowicz jt., 2012) ning lükkab ümber tulemused, kus on leitud, et enesehinnang kehaga rahulolematust prospektiivselt ei ennusta (Tiggemann, 2005). Varasemad tulemused on vastuolulised ka depressiivsuse kui riskifaktori rolli suhtes (Paxton jt., 2006; Richard jt., 2016), vastavalt Richard jt. (2006) tulemustele selgus, et depressiivsus on siiski oluline kehaga rahulolematuse riskifaktor, seda kinnitab käesolevas uuringus nii läbilõikeline kui ka prospektiivne analüüs.

Kuigi kehaga rahulolematust on häirunud söömiskäitumise oluliseks riskifaktoriks, ei kujune kõigil kõrge kehaga rahulolematusega naistel välja häirunud söömiskäitumist või söömishäireid. Seda võib seletada mitmete erinevate muutujate koosmõju, kus teatud tegurid võivad omada kaitsvat efekti häirunud söömiskäitumise väljakujunemise eest või vastupidi, tugevdada seost kehaga rahulolematuse ja häirunud söömiskäitumise vahel. Teadmised modereerivatest mõjudest võimaldavad mõista, miks kõigil kõrge kehaga rahulolematusega naistel söömishäire sümptomaatikat välja ei kujune. Käesolevas töös uuriti, kas enesehinnang ja kõhnuseihalus modereerivad seost kehaga rahulolematuse ja buliimilise sümptomaatika vahel. Enesehinnang omas modereerivat mõju läbilõikeliselt 18. eluaastal, kuid mitte prospektiivselt. Läbilõikeliselt ilmnas, et enesehinnang muudab kehaga

rahulolematuse ja buliimilise sümptomaatika vahelise seose nõrgemaks ning see kinnitab ka varasemalt leitud (Brannan jt., 2011). Sellest tulenevalt võib eeldada, et kõrge enesehinnang võib töötada kaitsefaktorina ning võib seletada osaliselt seda, miks kõik kehaga rahulolematud naised häirunud söömiskäitumiseni ei jõua. Läbilõikelise ja prospektiivse analüüsi erinevaid tulemusi võib seletada enesehinnangu ja kehaga rahulolematuse muutumine aja jooksul (nt. kehaga rahulolematuse 15-aastaselt oli oluliselt madalam).

Kõhnuseihaluse modereerivat mõju uurides saadi sarnaseid tulemusi – kõhnuseihalus omas modereerivat mõju läbilõikeliselt 18. eluaastal, kuid mitte prospektiivselt. Läbilõikelisest analüüsist selgus, et kõhnuseihalus suurendab seost kehaga rahulolematuse ja söömishäire sümptomaatika vahel. See viitab asjaolule, et kehaga rahulolematuse ja kõhnuseihaluse koosmõju suurendab kaalulangetusstrateegiate kasutamist ning seeläbi söömishäire sümptomaatika väljakujunemise tõenäosust. Ka varasemalt on leitud, et kõhnuseihalus omab häirunud söömiskäitumise väljakujunemisel olulist mõju (Evans jt., 2012; Stice jt., 2017; Prost-Lehmann jt., 2018).

Kindlasti tuleks arvestada käesoleva töö kitsaskohtadega. Arvestades seda, et suurem osa käesolevas töös kasutatud andmetest pärinesid enesekohastest küsimustikest, tuleks tulemuste interpreteerimisel arvestada tulemuste usaldusväärsust. Uuritavad võisid küsimusi erinevalt mõista või olla survestatud teatud viisil, nt. sotsiaalselt soovitatavalt vastama. Lisaks on kehakaalu reguleerimise ja erinevate strateegiate kohta väga üldised andmed. Näiteks ei ole teada, kui pikalt ja äärmuslikult vastajad erinevaid kehakaalu reguleerimise meetodeid on kasutanud, mis võimaldaks uurida erinevaid alagruppe (nt. intensiivselt kehakaalu reguleerimise strateegiaid kasutavad *versus* kord või paar elus mõnda strateegiat kasutanud). Oluline oleks arvesse võtta ka sotsiaalsest keskkonnast tulenevaid mõjusid – nt. koolikiusamine, sotsiaalmeediast tulevad mõjud, enese võrdlemine eakaaslastega ning hoiakud ja käitumised perekonnas. Arvestada tuleks ka seda, et tulemused ei näita põhjuslikkust, s.t. tulemuste interpreteerimisel ei ole võimalik öelda, missugune on seoste suund.

Käesoleva töö tulemustest võib järeldada, et kehaga rahulolematuse väljakujunemisse panustavad mitmed erinevad riskifaktorid. Neist olulisemateks osutusid kõhnuseihalus, enesehinnang, depressiivsus, ärevus, mittetõhusus ja sotsiaalne ebakindlus. Varasemalt ilmnunud kehaga rahulolematuse ennustab ka hilisemat rahulolematust oma kehaga, mis viitab sellele kui püsivale tunnusele. Lisaks selgus, et oma kehaga on vähem rahul suurema KMI-ga naised ning oluline on see, missuguse hinnangu naised oma kehakaalule annavad. Tulemusi arvesse võttes on oluline nii ennetus- kui ravitöös kehaga rahulolematusele

mitmekülgsest läheneda. Lisaks psühholoogilistele teguritele tuleks tähelepanu pöörata ka peresisesele ja -välisele väärkohtlemisele. Kõrge kehaga rahulolematuse puhul võib abi olla tööst enesehinnangu ja kõhnuseihalusega, mis võib aidata söömishäire sümptomaatika väljakujunemist ennetada või vähendada. Tulevikus on oluline uurida ka teisi võimalikke vahendavaid ja modereerivaid mõjusid, et leida faktorid, mis panustavad kehaga rahulolematusesse ja häirunud söömiskäitumise väljakujunemisse. See looks uusi teoreetilisi ja praktilisi teadmisi, mis võimaldavad välja töötada uusi ennetus- ja ravistrateegiaid ning täiustada olemasolevaid.



# KASUTATUD KIRJANDUS

- Aguinis, H., Beaty, J. C., Boik, R. J., & Pierce, C. A. (2005). Effect size and power in assessing moderating effects of categorical variables using multiple regression: A 30-year review. *Journal of Applied Psychology*, 90, 94-107.
- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple Regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, CA: Sage.
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., Schmidt, U., & Crosby, R. D. (2014). Risk Factors for Binge Eating and Purging Eating Disorders: Differences Based on Age of Onset. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 802-812.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5<sup>th</sup> edition. American Psychiatric Publishing, Arlington.
- Armour, C., Müllerova, J., Fletcher, S., Lagdon, S., Burns, C. R., Robinson, M., & Robinson, J. (2016). Assessing childhood maltreatment and mental health correlates of disordered eating profiles in a nationally representative sample of English Females. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 383-393.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Brady, S. S. (2008). Lifetime Family Violence Exposure Is Associated With Current Symptoms of Eating Disorders Among Both Young Men and Women. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 347-351.
- Brannan, M. E., & Petrie, T. A. (2008). Moderators of the Body-Dissatisfaction-Eating Disorder Symptomatology Relationship: Replication and Extension. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 263-275.
- Brannan, M. E., & Petrie, T. A. (2011). Psychological well-being and the body dissatisfaction-bulimic symptomatology relationship: An examination of moderators. *Eating Behaviors*, 12, 233-241.
- Brechan, I., & Kvaalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 17, 49-58.
- Brytek-Matera, A. (2008). Mood and emotional symptoms in eating disordered patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 65-71.
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*, 10, 1-7.
- Buckingham-Howes, S., Armstrong, B., Pejasa-Reitz, M. C., Wang, Y., Witherspoon, D. O., Hager, E. R., & Black, M. M. (2018). BMI and disordered eating in urban, African American, adolescent girls: The mediating role of body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 29, 59-63.
- Chang, E. C., Yu, T., Chang, O. D., & Jilani, Z. (2016). Evaluative concerns and personal standards perfectionism as predictors of body dissatisfaction in Asian and European

- American female college students. *Journal of American College Health*, 64(7), 580-584.
- Chapuis-de-Andrade, S., de Araujo, R. M., & Lara, D. R. (2017). Association of weight control behaviors with body mass index and weight-based self-evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39, 237-243.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Chernyak, Y., & Lowe, M. R. (2010). Motivations for dieting: Drive for thinness is different from drive for objective thinness. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 276-281.
- Dakanalis, A., Zanetti, M. A., Riva, G., & Clerici, M. (2013). Psychological moderators of the relationship between body dissatisfaction and symptoms of eating disorders: A look at a sample of young Italian women. *Revue europeenne de psychologie appliquee*, 63, 323-334.
- Dakanalis, A., Clerici, M., Bartoli, F., Caslini, M., Corcamo, C., Riva, G., & Carra, G. (2017). Risk and maintenance factors for young women's DSM-5 eating disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 721-731.
- Dennard, E. E., & Richards, C. S. (2013). Depression and coping in subthreshold eating disorders. *Eating Behaviors*, 14, 325-329.
- Drieberg, H., McEvoy, P. M., Hoiles, K. J., Shu, C. Y., & Egan, S. J. (2019). An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eating Behaviors*, 32, 53-59.
- Duchesne, A.-P., Dion, J., Lalonde, D., Begin, C., Emond, C., Lalonde, G., & McDuff, P. (2017). Body dissatisfaction and psychological distress in adolescents: Is self-esteem a mediator? *Journal of Health Psychology*, 22(12), 1563-1569.
- Dunkley, D. M., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2010). Childhood Maltreatment, Depressive Symptoms, and Body Dissatisfaction in Patients with Binge Eating Disorder: The Mediating Role of Self-Criticism. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 274-281.
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Paxton, S. J. (2006). Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 521-527.
- Evans, E. H., Tovée, M. J., Boothroyd, L. G., & Drewett, R. F. (2012). Body dissatisfaction and disordered eating attitudes in 7- to 11-year-old girls: Testing a sociocultural model. *Body Image*, 10, 8-15.
- Evans, E. H., Adamson, A. J., Basterfield, L., Le Couteur, A., Reilly, J. K., Reilly, J. J., & Parkinson, K. N. (2016). Risk factors for eating disorder symptoms at 12 years of age: A 6-year longitudinal cohort study. *Appetite*, 108, 12-20.
- Fallon, E. A., Harris, B. S., & Johnson, P. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among a United States adult sample. *Eating Behaviors*, 15, 151-158.
- Fassino, S., Piero, A., Gramaglia, C., & Abbate-Daga, G. (2004). Clinical, Psychopathological and Personality Correlates of Interoceptive Awareness in Anorexia nervosa, Bulimia nervosa and Obesity. *Psychopathology*, 37, 168-174.

- Ferreiro, F., Seoane, G., & Senra, C. (2011). A Prospective Study of Risk Factors for the Development of Depression and Disordered Eating in Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 500-505.
- Ferreiro, F., Seoane, G., & Senra, C. (2012). Gender-related Risk and Protective Factors for Depressive Symptoms and Disordered Eating in Adolescence: A 4-year Longitudinal Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 607-622.
- Fujimori, A., Wada, Y., Yamashita, T., Choi, H., Nishizawa, S., Yamamoto, H., & Fukui, K. (2011). Parental bonding in patients with eating disorders and self-injurious behavior. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65, 272-279.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory-2 Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Girard, M., Rodgers, R. F., & Chabrol, H. (2018). Prospective predictors of body dissatisfaction, drive for thinness, and muscularity concerns among young women in France: A sociocultural model. *Body Image*, 26, 103-110.
- Glashouwer, K. A., Bennik, E. C., de Jong, P. J., & Spruyt, A. (2018). Implicit Measures of Actual Versus Ideal Body Image: Relations with Self-Reported Body Dissatisfaction and Dieting Behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 622-635.
- Glazer, K. B., Sonnevile, K. R., Micali, N., Swanson, S. A., Crosby, R., Horton, N. J., Eddy, K. T., & Field, A. E. (2019). The Course of Eating Disorders Involving Bingeing and Purging Among Adolescent Girls: Prevalence, Stability, and Transitions. *Journal of Adolescent Health*, 64, 165-171.
- Goldschmidt, A. B., Wall, M. M., Loth, K. A., Bucchianeri, M. M., & Neumark-Sztainer, D. (2014). *Health Psychology*, 33(5), 457-460.
- Heatherton, T. F., Mahamedi, F., Striepe, M., Field, A. E., & Keel, P. (1997). A 10-year Longitudinal Study of Body Weight, Dieting, and Eating Disorder Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 117-125.
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F.-A., Walsh, B. T., & Weissman, R. S. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220, 500-506.
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Isomaa, R., Isomaa, A.-L., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., & Björkqvist, K. (2009). The Prevalence, Incidence and Development of Eating Disorders in Finnish Adolescents - A Two-step 3-year Follow-up Study. *European Eating Disorders Review*, 17, 199-207.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-165.
- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological Medicine*, 41(9), 1939-1949.

- Keating, L., Mills, J. S., & Rawana, J. S. (2019). Momentary predictors of binge eating: An attachment perspective. *Eating Behaviors, 32*, 44-52.
- Keel, P. K., Heatherton, T. F., Baxter, M. G., & Joiner, T. E. (2007). A 20-year Longitudinal Study of Body Weight, Dieting, and Eating Disorder Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(2), 422-432.
- Kerr-Gaffney, J., Harrison, A., & Tchanturia, K. (2018). Social Anxiety in the eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 48*, 2477-2491.
- Kurrikoff, T. (2012). Interpersonal relationships and behaviour: moderation by functional gene variants: Doktoritöö. Psühholoogia Instituut: Tartu Ülikool.
- Landstedt, E., Hammarström, A., Fairweather-Schmidt, A. K., & Wade, T. (2018). Associations between adolescent risk for restrictive disordered eating and long-term outcomes related to somatic symptoms, body mass index, and poor well-being. *British Journal of Health Psychology, 23*, 496-518.
- Lantz, E. L., Gillberg, C., Råstam, M., Wentz, E., & Lowe, M. R. (2017). Premorbid BMI predicts binge-purge symptomatology among individuals with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 50*, 852-855.
- Linardon, J. (2017). Correlates of the over-evaluation of weight and shape in binge eating disorder and mixed eating disorder samples: A meta-analytic review. *Eating Disorders, 25*(3), 183-198.
- Lowe, M. R., Iacono, W., Marmorstein, N., Rosenbaum, D., Espel-Huynh, H., Muratore, A. F., Lantz, E. L., & Zhang, F. (2019). Body Concerns and BMI as Predictors of Disordered Eating and Body Mass in Girls: An 18-Year Longitudinal Investigation. *Journal of Abnormal Psychology, 128*(1), 32-43.
- Maganto, C., Garaigordobil, M., & Kortabarria, L. (2016). Eating Problems in Adolescents and Youths: Explanatory Variables. *The Spanish Journal of Psychology, 19*(e81), 1-9.
- Mayer, B., Muris, P., Meesters, C., & Zimmermann-van Beuningen, R. (2009). Brief report: Direct and indirect relations of risk factors with eating behavior problems in late adolescent females. *Journal of Adolescence, 32*, 741-745.
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., & Story, M. (2006). Does Body Dissatisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. *Journal of Adolescent Health, 39*, 244-251.
- Paxton, S. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective Predictors of Body Dissatisfaction in Adolescent Girls and Boys: A Five-Year Longitudinal Study. *Developmental Psychology, 42*(5), 888-899.
- Podar, I., Hannus, A., & Allik, J. (1999). Personality and Affectivity Characteristics Associated With Eating Disorders: A Comparison of Eating Disordered, Weight-Preoccupied, and Normal Samples. *Journal of Personality Assessment, 73*(1), 133-147.
- Prefit, A. B., & Szentagotai-Tatar, A. (2018). Depression and disordered eating behaviors: the role of emotion regulation difficulties. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 18*(1), 95-106.

- Prost-Lehmann, C., Shankland, R., Franca, L. R., Laurent, A., & Flaudias, V. (2018). Symptomatology long-term evolution after hospitalization for anorexia nervosa: Drive for thinness to explain effects of body dissatisfaction on type of outcome. *Psychiatry Research, 266*, 212-217.
- Pullmann, H., & Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences, 28*, 701-715.
- Quick, V., Eisenberg, M. E., Bucchianeri, M. M., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Prospective Predictors of Body Dissatisfaction in Young Adults: 10-Year Longitudinal Findings. *Emerging Adulthood 1*(4), 271-282.
- Richard, A., Rohrmann, S., Lohse, T., & Eichholzer, M. (2016). Is body weight dissatisfaction a predictor of depression independent of body mass index, sex and age? Results of a cross-sectional study. *BMC Public Health, 16*, 863.
- Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and Predictive Effects of Eating Disorder Risk Factors During Adolescence: Implications for Prevention Efforts. *International Journal of Eating Disorders, 48*(2), 187-198.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent child*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Santos, M., Richards, C. S., & Bleckley, M. K. (2007). Comorbidity between depression and disordered eating in adolescents. *Eating Behaviors, 8*, 440-449.
- Silgado, J., Timpano, K. R., Buckner, J. D., & Schmidt, N. B. (2010). Social Anxiety and Bulimic Behaviors: The Moderating Role of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 34*, 487-492.
- Slane, J. D., Klump, K. L., McGue, M., & Iacono, W. G. (2014). Developmental Trajectories of Disordered Eating from Early Adolescence to Young Adulthood: A Longitudinal Study. *International Journal of Eating Disorders, 47*(7), 793-801.
- Solmi, F., Hatch, S. L., Hotopf, M., Treasure, J., & Micali, N. (2014). Prevalence and correlates of disordered eating in a general population sample: the South East London Community Health (SELCoH) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*, 1335-1346.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) ("Self-Evaluation Questionnaire")*. Consulting Psychologists Press: CA.
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin, 128*(5), 825-848.
- Stice, E., & Desjardins, C. D. (2018). Interactions between risk factors in the prediction of onset of eating disorders: Exploratory hypothesis generating analyses. *Behaviour Research and Therapy, 105*, 52-62.
- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk Factors That Predict Future Onset of Each DSM-5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(1), 38-51.
- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 622-627.

- Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H., & Jaconis, M. (2009). An 8-Year Longitudinal Study of the Natural History of Threshold, Subthreshold, and Partial Eating Disorders From a Community Sample of Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(3), 587-597.
- Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin, 130*(2), 206-227.
- Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body Image, 2*, 129-135.
- Trottier, K., McFarlane, T., & Olmsted, M. P. (2013). A Test of the Weight-Based Self-Evaluation Schema in Eating Disorders: Understanding the Link between Self-Esteem, Weight-Based Self-Evaluation, and Body Dissatisfaction. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 122-126.
- Tylka, T. L. (2004). The Relationship Between Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptomatology: An Analysis of Moderating Variables. *Journal of Counseling Psychology, 51*(2), 178-191.
- van der Ham, T., van Strien, D. C., & van Engeland, H. (1998). Personality characteristics predict outcome of eating disorders in adolescents: A 4-year prospective study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*, 79-84.
- Vannucci, A., & McCauley Ohannessian, C. (2017). Body Image Dissatisfaction and Anxiety Trajectories During Adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(5), 785-795.
- Wagner, S., Halmi, K. A., & Maguire, T. V. (1987). The Sense of Personal Ineffectiveness in Patients with Eating Disorders: One Construct or Several? *International Journal of Eating Disorders, 6*(4), 495-505.
- Waxman, S. E. (2009). A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review, 17*, 408-425.
- Wojtowicz, A. E., & von Ranson, K. M. (2012). Weighing in on risk factors for body dissatisfaction: A one-year prospective study of middle-adolescent girls. *Body Image, 9*, 20-30.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*(3), 171-187.
- Wonderlich, S. A., Rosenfeldt, S., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Engel, S. G., Smyth, J., & Miltenberger, R. (2007). The Effects of Childhood Trauma on Daily Mood Lability and Comorbid Psychopathology in Bulimia Nervosa. *Journal of Traumatic Stress, 20*(1), 77-87.

### **Tänu sõnad**

Eriliselt soovin tänada oma juhendajat Kirsti Akkermanni aja, heade nõuannete ning positiivse ja toetava suhtumise eest. Lisaks soovin tänada Kārol Soidlat kaasamõtleamise ja abi eest ning ELIKTU töörühma, kelle kogutud andmeid oma magistriöös kasutada sain.

**Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Teele Mängli

annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

„Kehaga rahulolematuse riskifaktorid ning seos söömishäire sümptomaatikaga: longituuduuring“, mille juhendaja on Kirsti Akkermann,

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

*Teele Mängli*

*20.05.2019*